



その先の、道へ。北海道
Hokkaido. Expanding Horizons.

北海道国民健康保険運営方針改定（原案）

- ※ 改正箇所には、下線（波線）を引いています。
- ※ 統計・図表等については、一部、国の決算数値等が未確定となっておりますが、確定次第「改正案」に反映します。

令和●年●月

北 海 道

目 次

第1章 基本的事項	1
第1節 策定の目的	1
第2節 策定の根拠規定	1
第3節 国保の被保険者等の役割・責務	1
第4節 運営方針の適用及び見直しの時期	2
第5節 PDCAサイクルの確立	2
第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し	3
第1節 医療費の動向と将来見通し	3
1 保険者及び被保険者等の状況	
2 医療費の動向	
第2節 財政収支の改善と均衡	18
1 市町村国保財政運営の現状	
2 国保財政運営の基本的考え方	
3 市町村国民健康保険特別会計	
4 北海道国民健康保険特別会計	
5 国民健康保険保険給付費等交付金	
第3節 赤字解消・削減の取組、目標年次等	19
1 赤字削減・解消計画	
2 赤字解消・削減の取組や目標年次の設定の方法	
第4節 財政安定化基金の使用	21
1 財政安定化基金の設置	
2 特例基金の設置	
3 基金の使用の基本的な考え方	
第3章 納付金及び標準的な保険料(税)の算定方法	23
第1節 目指す姿	23
第2節 現状	23
1 保険料(税)の賦課状況	
2 保険料(税)の賦課方式	
3 応能割と応益割の賦課割合	
4 賦課限度額の設定状況	
5 地域差(保険者間)の状況	
第3節 保険料水準の統一	25
1 保険料水準の統一について	
2 保険料(税)率の統一について	
3 統一保険料率に向けて	
4 保険料率算定における応能・応益割合の変更	
第4節 納付金の算定方法	27
1 応能割と応益割との構成割合(所得反映係数 β の設定)等	
2 応益割における均等割と平等割との割合	
3 医療費水準の反映割合(α の設定)	
4 高額医療費の共同負担	
5 必要総額の調整(γ の設定)	
6 賦課限度額	
7 納付金の精算	
第5節 激変緩和措置	29

1	納付金算定方法の設定	
2	都道府県繰入金の活用	
3	特例基金繰入の活用	
第6節	標準的な保険料(税)の算定方式	29
1	標準的な保険料(税)の算定方式	
2	標準的な収納率	
3	健康づくりの費用	
4	市町村標準保険料率	
第7節	納付金算定における葬祭費及び出産育児一時金の取扱い	30
第8節	納付金及び標準保険料率算定の全体像	30
1	医療分と後期高齢者支援金分、介護納付金分の算定	
2	退職被保険者及び被扶養者に係る納付金	
第4章 保険料(税)の徴収の適正な実施		34
第1節	目指す姿	34
第2節	現状	34
1	保険料(税)の収納率の推移	
2	収納対策の実施状況	
第3節	収納対策	35
1	収納率目標	
2	収納率目標達成のための取組	
第5章 保険給付の適正な実施		37
第1節	現状	37
1	レセプト点検の状況	
2	第三者行為求償事務の状況	
3	不正請求事務の状況	
4	海外療養費事務の状況	
5	柔道整復、はり・きゅう、あんま、マッサージの状況	
第2節	道による保険給付の点検、事後調整	39
1	同一医療機関で算定回数が定められている診療行為等	
2	大規模な不正利得事案に係る返還金の徴収等	
第3節	療養費の支給の適正化	39
1	海外療養費	
2	柔道整復、はり・きゅう、あんま、マッサージ	
第4節	診療報酬明細書等の点検の充実強化	40
1	点検項目一覧等の作成	
2	研修会及び現地助言の実施	
3	医療給付専門指導員による助言	
第5節	第三者求償の取組強化	40
第6節	不正請求への取組強化	41
第7節	高額療養費の多数回該当の取扱い	41
1	世帯の継続性の判断	
第6章 医療費の適正化の取組		42
第1節	現状	42
1	特定健診の受診状況	
2	特定保健指導の実施状況	
3	受診率向上に関するこれまでの支援	
4	医療費通知の実施	
5	後発医薬品の普及促進	
6	重複受診や重複投薬への訪問指導の実施状況	

7	市町村保険者に対する助言	
第2節	医療費の適正化に向けた取組	45
1	特定健診受診率、特定保健指導実施率の向上	
2	保健事業実施計画の策定及び推進	
3	生活習慣病対策としての発症予防と重症化予防の取組	
4	たばこ対策	
5	歯と口腔の健康づくり	
6	重複受診や頻回受診等に係る指導の充実	
7	適正受診及び適正投薬の推進	
8	後発医薬品の使用促進	
第3節	医療費適正化計画との関係	50
1	北海道医療費適正化計画との整合性	
<u>第7章 事務の広域的及び効率的な運営の推進</u>		51
第1節	広域的及び効率的な運営の推進に向けた取組	51
1	国庫負担金等の申請及び実績報告の効率化	
2	基準の統一化を検討する必要がある事務の取扱い	
3	市町村事務処理標準システム及び事務処理マニュアルを活用した事務の効率化・標準化・広域化・適正化	
4	その他	
<u>第8章 保健医療サービス及び福祉サービス等に関する施策との連携</u>		54
第1節	保健医療サービス及び福祉サービス等との連携	54
1	国保データベースシステム等情報基盤の活用	
2	保健医療と福祉サービスに関する施策等の連携	
3	高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	
第2節	他計画との整合性	54
<u>第9章 北海道の国保の健全な運営</u>		55
第1節	北海道国民健康保険市町村連携会議の設置	55
第2節	北海道国民健康保険運営方針の見直し等	55
附属資料		
○	参照条文	56
○	用語解説	59
○	統計数値	67
○	策定の経過	103
○	(参考) 北海道国民健康保険運営協議会名簿	104

本文中「*」が付いた用語は、附属資料「用語解説」に掲載している。

第1章 基本的事項

第1節 策定の目的

平成30年度以降の国民健康保険制度（以下「国保制度」という。）においては、道は財政運営の責任主体として中心的な役割を担う一方で、市町村は、地域住民と身近な関係の中、資格管理や保険給付、保険料(税)率の決定・賦課・徴収、保健事業など地域におけるきめ細やかな事業を引き続き担う等、道と市町村が一体となって、国民健康保険事業を運営しています。

この「北海道国民健康保険運営方針（以下「運営方針」という。）」は、道と市町村に関する事務を共通認識の下で実施するとともに、安定的な財政運営及び事務の広域化や効率化を市町村が推進できるよう、国民健康保険の運営に関する統一的な方針として、策定するものです。

なお、この運営方針は、平成27年(2015年)9月に国連サミットにおいて採択された「持続可能な開発のための2030アジェンダ」で掲げられた「持続可能な開発目標(SDGs)(*)」の「ゴール3：あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」の達成に資するものです。

第2節 策定の根拠規定

この運営方針は、国民健康保険法(昭和33年法律第192号。以下「法」という。)第82条の2に基づき、道が定めるものです。

第3節 国保の被保険者等の役割・責務

国保制度は、道と市町村だけがその役割を果たせば、円滑に運営されるというものではありません。

国保に加入している方々(以下「被保険者*」という。)が自身の健康の維持・向上に努めていくことが、何よりも重要であり、加えて、国保制度が相互扶助の精神の下で、被保険者同士が支え合う仕組みを基本としていることを理解し、保険料(税)を確実に納めることや医療機関への適正な受診を心がけて、自分たちの保険制度をより良いものに育てていくことが求められます。

また、我が国の社会保険制度では、ほとんどの国民が、いずれは国保の被保険者となります。そのため、国民の一人ひとりが、「国保が持続可能な制度となることは被保険者だけでなく、すべての住民に関係すること」と改めて認識する必要があります。

一方、法第83条の規定により設置された北海道国民健康保険団体連合会(以下「北海道国保連合会」という。)は、国保運営に資する事業のほか、診療報酬審査支払業務など制度の運営について、専門的立場から道や市町村を支える役割を担っています。

さらに、北海道医師会や北海道歯科医師会、北海道薬剤師会は、住民に良質な医療を提供するなど地域医療の推進に尽力されていますが、国保制度においては、道が設置する北海道国民健康保険運営協議会(以下「国保運営協議会」という。)の委員として、北海道の国保運営に積極的な助言をいただく役割を担っています。

また、会社員や公務員などが加入する被用者保険の各団体も、わが国の医療保険制度とともに支える保険者としての立場から、国保運営協議会委員として協議に参画しています。

このように多くの協力の下で、真に医療を必要としている方が、いつでも安心して医療サービスを受けることができる環境を作りながら、国保制度を、国民皆保険制度の要として運営していくことが求められます。

第1章 基本的事項

第4節 運営方針の適用及び見直しの時期

(1) 適用年月日等

この運営方針は、令和3年4月1日から適用し、3年目までに検証を行い、その見直し内容を次期の方針に反映させることとします。また、それ以前に見直しが必要となった場合は、所定の手順に従い見直しを行うこととします。

(2) 策定年月日

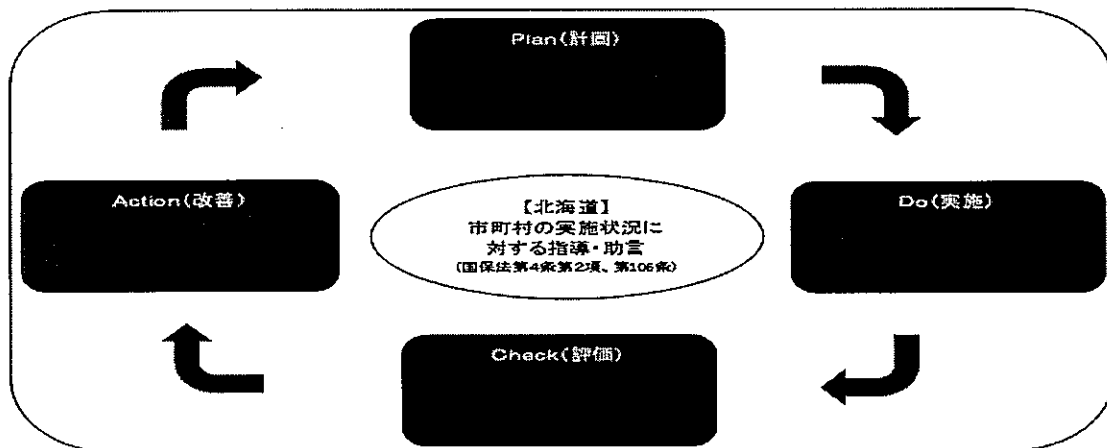
平成29年8月24日策定
令和2年〇月〇日改定

第5節 PDCAサイクルの確立

運営方針に基づき国保事業を実施するに当たっては、道が担う財政運営の健全性・安定性の確保に向けた取組と、市町村が担う事業の広域的・効率的な運営に向けた取組を継続的に改善していくため、PDCAサイクル*の下で事業の実施状況を定期的に把握・分析し、評価と検証を行う必要があります。

このため、市町村は、国保事業の広域的・効率的な運営に向けた取組についてのPDCAサイクルを確立することとします。

また、道は、自身の財政運営の継続性・安全性に向けた取組についてのPDCAサイクルを確立するとともに、市町村のPDCAサイクルの実施状況を毎年確認し、原則3年に1回の実地指導・助言を行います。



PDCAサイクルによる市町村国保事業の実施	
P : 【運営方針に基づく指標の設定】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 技術的助言等実施要綱の策定 : 道 ・ 事業運営に当たっての留意事項 (当該年度の重点・留意事項) の通知 : 道
D : 【実施】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 方針に基づく事務処理 : 市町村
C : 【評価】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 技術的助言調書の作成 : 道 ・ 技術的助言実地結果の通知 : 道
A : 【改善計画、改善状況の確認】	<ul style="list-style-type: none"> ・ 改善計画の作成、提出 : 市町村 ・ 改善計画報告書の受理・確認 : 道 ・ 改善計画に基づく事業実施 : 市町村 ・ 改善計画報告書に基づく改善状況の確認 : 道

第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

第1節 医療費の動向と将来見通し

1 保険者及び被保険者等の状況

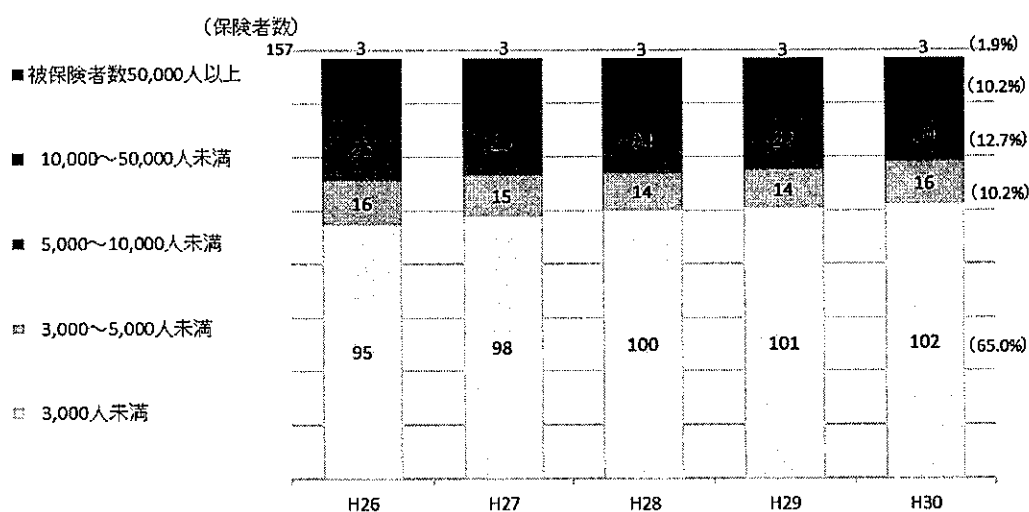
(1) 保険者

市町村国保の保険者は、154市町村と3広域連合(※)を合わせて157保険者となっています。

また、被保険者数が3千人未満である小規模保険者が102保険者と約3分の2を占めています。

※3広域連合(後志:16市町村 空知中部:6市町 大雪地区:3町)

図1 規模別保険者数の推移(各年度末)



出典:厚生労働省「国民健康保険事業実施状況報告」

(2) 被保険者数等

平成29年度における被保険者数は122万1千人で前年度に比べ5.4%の減、加入世帯数は78万3千世帯で前年度に比べ3.9%の減となっており、近年は、被保険者数及び加入世帯数とも減少傾向にあります。また、北海道の人口に占める被保険者の加入割合は、平成29年3月末で22.8%となっています。

表1 加入世帯数及び被保険者数の推移

(単位:万人、万世帯)

区分		H25	H26	H27	H28	H29	増減率(%)
被保険者数	北海道	144.7	140.1	135.2	129.1	122.1	▲ 5.4
	全国	3,454.8	3,373.5	3,266.5	3,125.2	2,957.1	▲ 5.4
世帯数	北海道	87.9	86.2	84.2	81.5	78.3	▲ 3.9
	全国	2,031.4	2,009.0	1,975.2	1,923.8	1,855.6	▲ 3.5

出典:厚生労働省「国民健康保険事業実施状況報告」

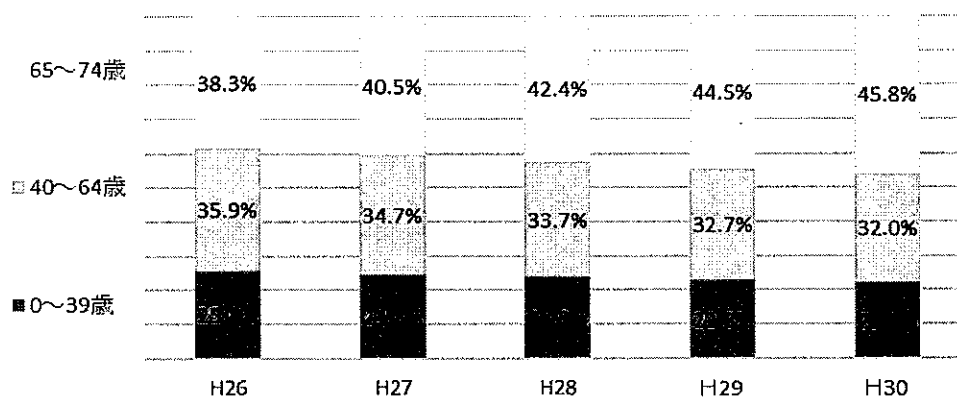
※被保険者数、世帯数ともに年度平均の数である。

第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

(3) 被保険者の年齢構成

65歳から74歳までの被保険者が全体に占める割合は、平成27年度の40.5%から平成30年度は45.8%に増加しており、高齢化が急速に進行しています。

図2 国保被保険者(75歳未満)の年齢構成の推移

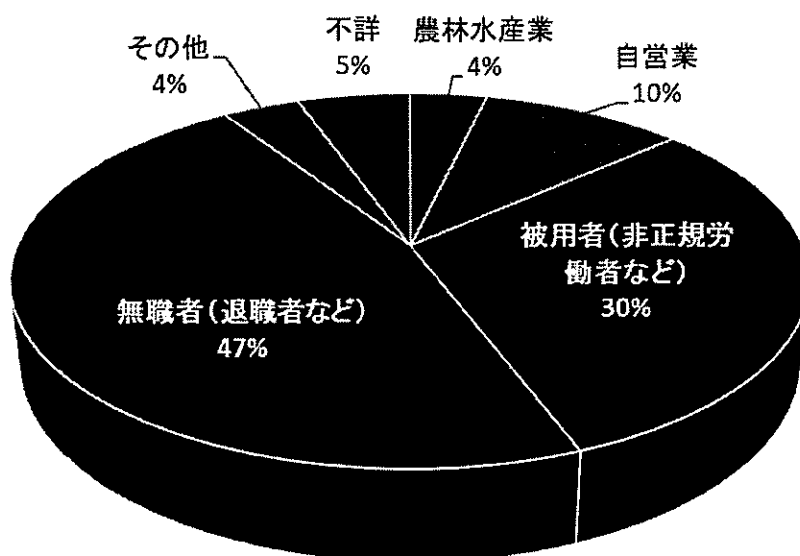


出典:厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」

(4) 被保険者(世帯主)の職業

国保被保険者の世帯主の職業は、無職者(退職者など)が最も多く、全体の47%を占めており、続いて非正規労働者などの被用者となっています。現在では、自営業者と農林水産業者は、合わせても14%にすぎません。

図3 国保被保険者の職業(H29 北海道)



出典:厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」

2 医療費の動向

(1) 一人当たり療養諸費の状況

① 全国対比

平成29年度の北海道の一人当たりの療養諸費*は397,562円で、全国の362,159円と比べて1.10倍で35,403円多くなっています。

表2 一人当たり療養諸費の推移

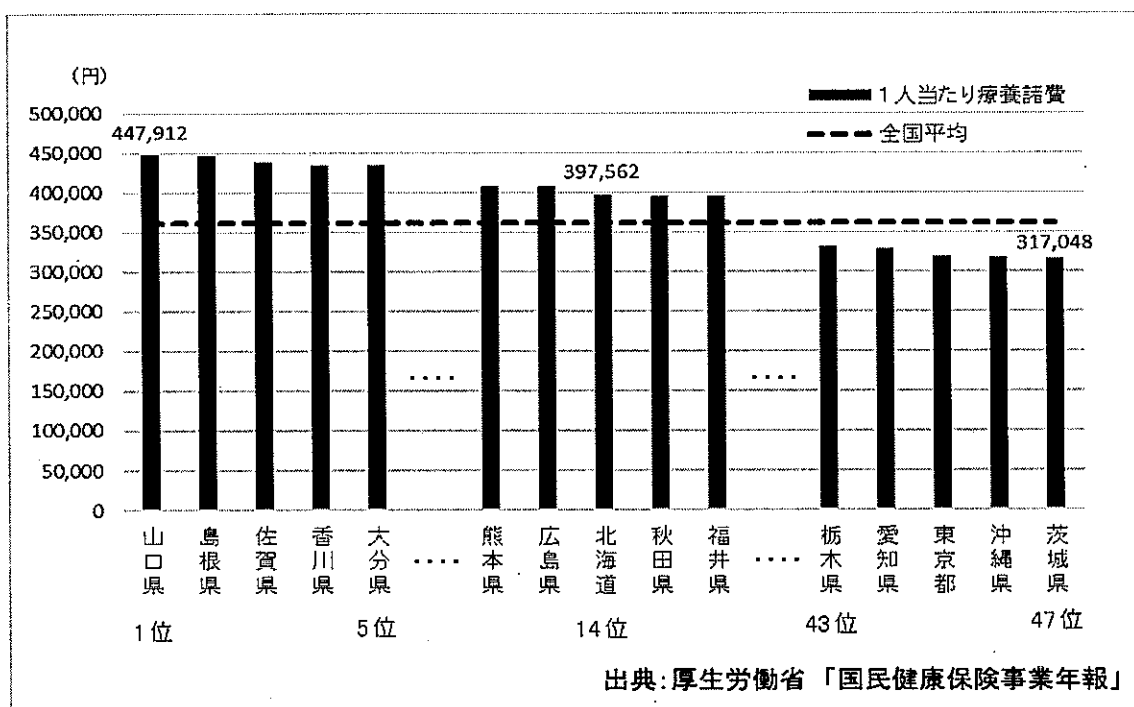
区分	H25	H26	H27	H28	H29
北海道	364,012円	369,929円	383,551円	385,758円	397,562円
増減	2.9%	1.6%	3.7%	0.6%	3.1%
全国対比	1.12倍	1.11倍	1.10倍	1.09倍	1.10倍
全国	324,543円	333,461円	349,697円	352,839円	362,159円
増減	2.7%	2.7%	4.9%	0.9%	2.6%

出典：厚生労働省「国民健康保険事業年報」

② 都道府県対比

平成29年度の一人当たりの療養諸費は、都道府県の中では、北海道(397,562円)は14番目に高くなっており、一番低い茨城県(317,048円)と比べて1.25倍で80,514円多くなっています。

図4 一人当たり療養諸費の全国比較(H29)



第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

③ 道内保険者対比

平成30年度の道内の一人当たりの療養諸費は、市町村では、占冠村が最低の229,852円なのに対し、初山別村がその2.42倍に当たる最高の556,852円となっており、327,000円の差があります。

表3 一人当たり療養諸費(H30 道内市町村)

区分	最高	最低	対比
全体	初山別村 556,852円	占冠村 229,852円	2.42倍
一般分	初山別村 556,852円	占冠村 229,852円	2.42倍
退職分	秩父別町 3,907,852円	浦幌町 12,845円	304.23倍

出典:厚生労働省「国民健康保険事業年報」

④ 診療種別医療費の現状

ア 入院

北海道の一人当たりの診療費は170,132円で、全国の138,503円の1.23倍で31,629円多くなっています。一日当たりの診療費は36,948円で、全国の36,382円よりも566円高く、一件当たりの日数は15.81日で全国の15.90日と比較して0.09日短く、100人当たりの受診率*は29.13で、全国の23.94より高くなっています(表4及び表5参照)。このことは、北海道が広域分散で積雪寒冷であることなどの自然的要因や家庭での介護力に欠けることなどから、全国に比べて病床数が多く、入院期間も長くなるのが主な要因と考えられます。

疾病分類別の寄与度*で見ると、「新生物」が0.069と一番高く、「神経系の疾患」が0.029、「精神及び行動の障害」が0.027、「循環器系の疾患」が0.025、「筋骨格系及び結合組織の疾患」が0.015の順に続いています(表6参照)。

なお、厚生労働省の平成29年患者調査によれば、北海道の人口10万人当たりの傷病分類別入院受療率では「循環器系の疾患」、「精神及び行動の障害」、「脳血管疾患」、「新生物」の順に受療率*が全国に比べて高くなっています(図5参照)。

表4 入院医療費の状況(H29)

	北海道	全国	差
一人当たりの診療費	170,132円	138,503円	31,629円
一日当たりの診療費	36,948円	36,382円	566円
一件当たりの日数	15.81日	15.90日	▲0.09日

出典:厚生労働省「医療費の地域差分析」

第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

表5 受診率の状況(H29) (単位:100人当たり件数)

区分	北海道	全国
計	1,004.08	1,069.77
入院	29.13	23.94
入院外 +調剤	809.73	852.10
歯科	165.22	193.72

出典:厚生労働省「医療費の地域差分析」

表6 地域差指数*の疾病分類別寄与度(H29 入院)

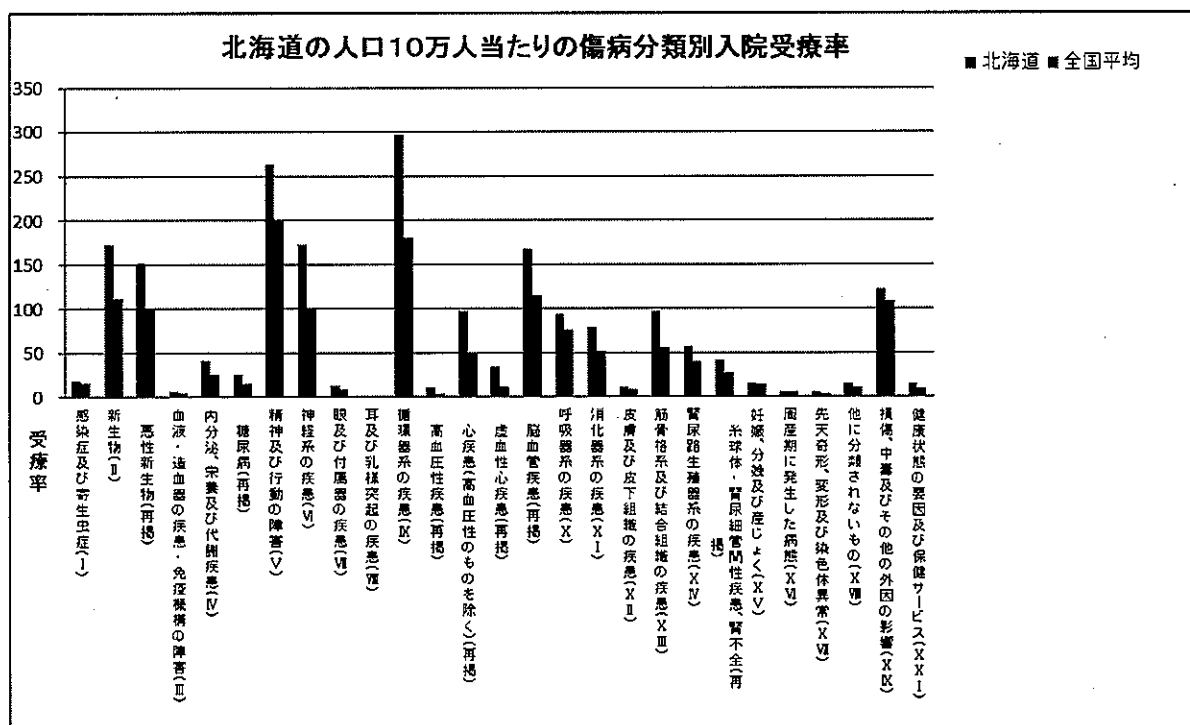
区 分	疾病例	寄与度(降順)
新生物 (Ⅱ)	胃がん、大腸がん、肺がん	0.069
神経系の疾患 (Ⅵ)	パーキンソン病、てんかん	0.029
精神及び行動の障害 (Ⅴ)	統合失調症、躁うつ病	0.027
循環器系の疾患 (Ⅸ)	高血圧性疾患、心筋梗塞	0.025
筋骨格系及び結合組織の疾患 (ⅩⅢ)	変形性膝関節症、腰痛	0.015
消化器系の疾患 (ⅩⅠ)	胃潰瘍、十二指腸潰瘍	0.009
損傷、中毒及びその他の外因の影響 (ⅩⅨ)	骨折、内臓損傷、火傷	0.008
呼吸器系の疾患 (Ⅹ)	肺炎、慢性閉塞性肺疾患	0.002
皮膚及び皮下組織の疾患 (ⅩⅡ)	皮膚がん、アトピー性皮膚炎	0.002
先天奇形、変形及び染色体異常 (ⅩⅦ)	心房中隔欠損症、胆道閉鎖症	0.002
妊娠、分娩及び産じょく (ⅩⅤ)	妊娠、分娩の異常	0.002
感染症及び寄生虫症 (Ⅰ)	結核、ウイルス性肝炎	0.001
耳及び乳様突起の疾患 (Ⅷ)	中耳炎、メニエール病	0.001
周産期に発生した病態 (ⅩⅥ)	胎内感染、多胎	0.001
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害 (Ⅲ)	鉄欠乏性貧血	0.001
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの (ⅩⅧ)	アレルギー性疾患	0.001
内分泌、栄養及び代謝疾患 (Ⅳ)	糖尿病、糖代謝異常	0.000
眼及び付属器の疾患 (Ⅶ)	結膜炎、白内障	0.000
腎尿路生殖器系の疾患 (ⅩⅣ)	腎不全、尿路結石、前立腺肥大	-0.001
計		0.192

出典:厚生労働省「医療費の地域差分析」

※区分欄のローマ数字は「社会保険表章用疾病分類*」における分類コード。

第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

図5 人口10万人当たりの傷病分類別入院受療率(H29)



出典:厚生労働省「患者調査」

イ 入院外(調剤医療費を含み、歯科を除く)

北海道の一人当たりの診療費は197,431円で、全国の192,111円の1.03倍で5,320円高くなっています。一日当たりの診療費は16,659円で、全国の14,387円より2,272円高く、一件当たりの通院日数は1.46日で、全国1.57日を0.11日下回っています(表7参照)。

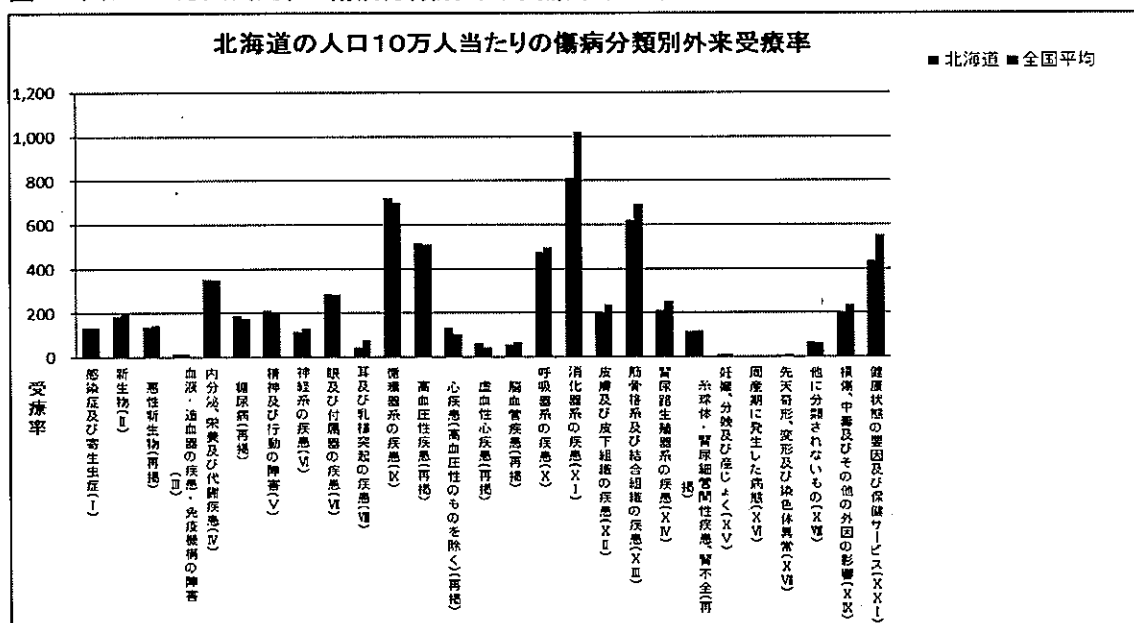
なお、厚生労働省の平成29年患者調査によれば、北海道の人口10万人当たりの傷病分類別外来受療率では、ほとんどの疾患で全国よりも下回る状況になっているものの、「消化器系の疾患」、「循環器系の疾患」、「筋骨格系及び結合組織の疾患」の順に高くなっています(図6参照)。

表7 入院外医療費の状況(H29)

	北海道	全国	対比・差
一人当たりの診療費	197,431円	192,111円	5,320円
一日当たりの診療費	16,659円	14,387円	2,272円
一件当たりの通院日数	1.46日	1.57日	▲0.11日

出典:厚生労働省「医療費の地域差分析」

図6 人口10万人当たりの傷病分類別外来受療率(H29)



出典:厚生労働省「患者調査」

ウ 歯科

北海道の一人当たりの診療費は25,771円で、全国の25,054円の1.03倍で717円高くなっています。一日当たりの診療費は7,459円で、全国の6,876円より583円高く、一件当たりの通院日数は2.09日で、全国の1.88日を0.21日上回っています。

表8 歯科医療費の状況(H29)

	北海道	全国	対比・差
一人当たりの診療費	25,771円	25,054円	717円
一日当たりの診療費	7,459円	6,876円	583円
一件当たりの通院日数	2.09日	1.88日	0.21日

出典:厚生労働省「医療費の地域差分析」

(2) 二次医療圏*別一人当たり医療費の状況

北海道の医療費が高い要因の一つとして、入院の受診率や推計新規入院発生率*が全国に比べて高いことがあげられます(表5及び表9参照)。

まず、二次医療圏域ごとの医療費の状況を見ると、入院、入院外(調剤を含む)及び歯科の合計では、全国平均が327,444円であるのに対し、西胆振、上川北部、富良野、留萌、遠紋、十勝及び根室以外の14圏域で全国平均を上回っています(図7参照)。

また、入院医療費の状況を見ると、西胆振、留萌、十勝及び根室圏域で全国平均を下回っていますが、特に、北渡島檜山、後志、中空知及び宗谷の4圏域では、全国平均の1.3倍以上となっているなど、二次医療圏域で差が生じている現状にあります(図8参照)。

入院外医療費については、中空知と東胆振で全国平均を大きく上回っていますが、南檜山、北渡島檜山、札幌、西胆振、上川北部、富良野、留萌、遠紋、十勝及び根室の

第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

10圏域で全国平均を下回っています（図9参照）。

歯科医療費については、札幌、後志、中空知及び北空知の4圏域で全国平均を大きく上回っていますが、南渡島、南檜山、北渡島檜山、西胆振、上川中部、上川北部、富良野、留萌、遠紋及び根室の10圏域で全国平均を下回っています（図10参照）。

年齢階級別の推計新規入院発生率の状況を見ると、北海道の場合、0歳から4歳までの乳幼児や65歳以上の前期高齢者の発生率が特に高くなっているほか、いずれの年齢階級別で見ても全国を上回っています（表9参照）。

図7 二次医療圏域別一人当たり医療費(H29 合計)

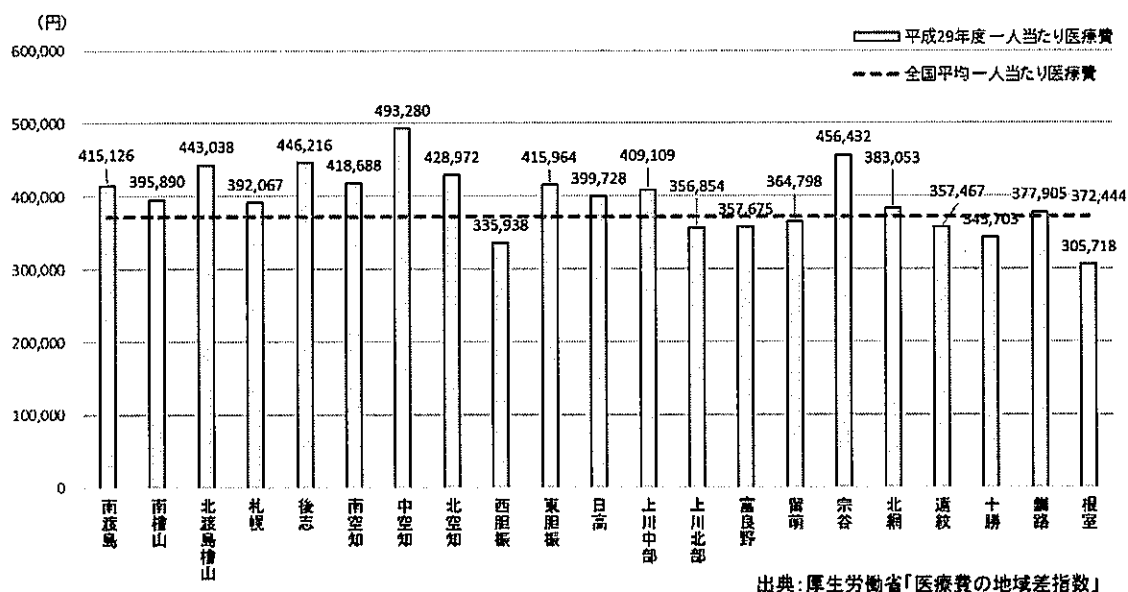
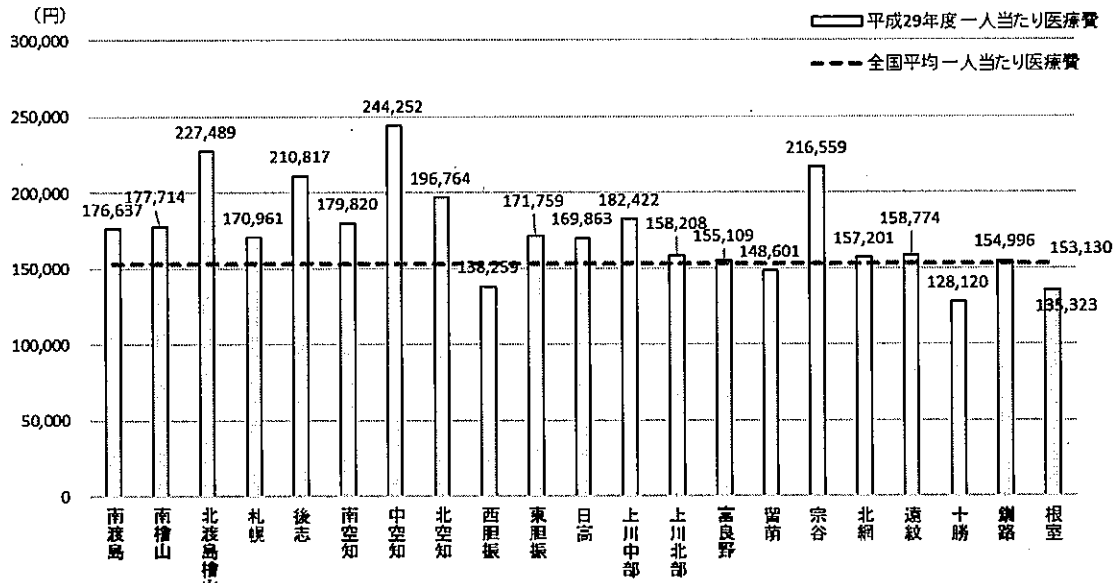
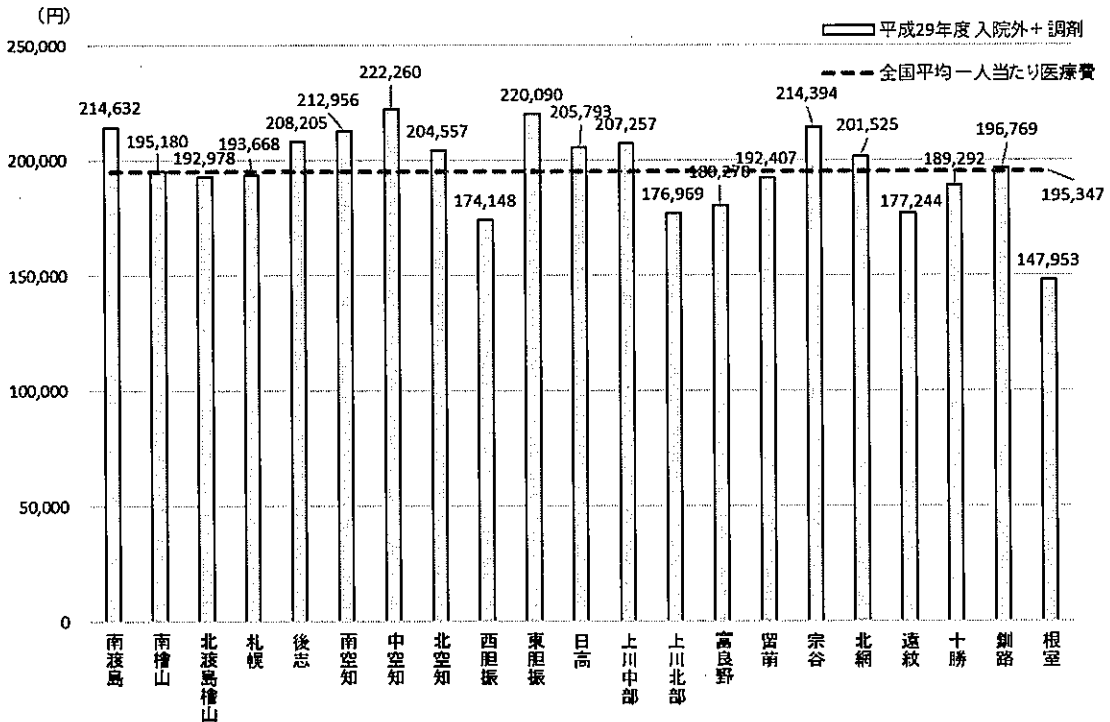


図8 二次医療圏域別一人当たり医療費(H29 入院)



出典:厚生労働省「医療費の地域差指数」

図9 二次医療圏域別一人当たり医療費(H29 入院外)



出典:厚生労働省「医療費の地域差指数」

第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

図10 二次医療圏域別一人当たり医療費(H29 歯科)

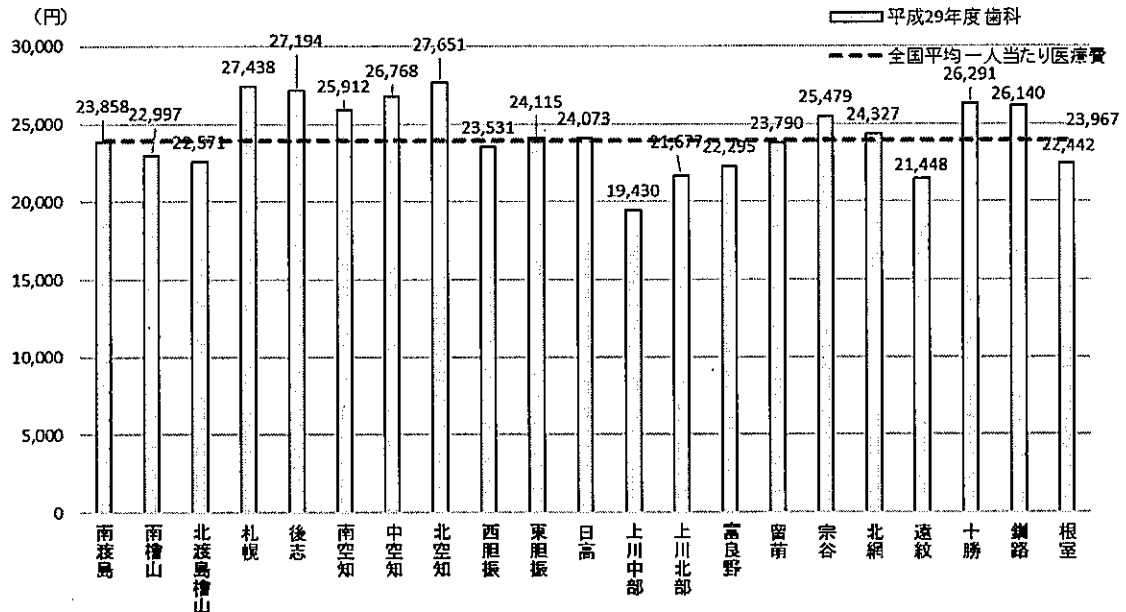


表9 年齢階級別、推計新規入院発生率の推移

(単位:100人当たり件数)

区分	北海道				全国			
	H23	H24	H25	H26	H23	H24	H25	H26
年齢計	13.0	13.0	13.4	13.5	10.6	10.8	10.9	11.1
0～4歳	25.6	24.4	24.7	24.9	16.2	16.2	16.3	16.5
5～9歳	5.0	4.8	4.8	4.6	3.6	3.6	3.4	3.4
10～14歳	3.1	3.1	3.3	3.0	2.5	2.4	2.4	2.5
15～19歳	3.5	4.0	3.9	3.9	3.1	3.2	3.2	3.2
20～24歳	5.9	5.8	5.7	5.8	4.4	4.4	4.4	4.3
25～29歳	7.2	7.1	7.4	6.9	5.4	5.5	5.5	5.4
30～34歳	7.0	7.2	7.3	7.3	5.9	6.0	5.9	6.0
35～39歳	6.8	6.7	6.7	6.8	5.5	5.7	5.8	5.8
40～44歳	6.9	6.9	6.9	6.8	5.4	5.5	5.5	5.6
45～49歳	7.7	7.8	8.0	7.9	6.3	6.4	6.3	6.4
50～54歳	9.5	9.5	9.6	9.6	7.7	7.9	7.9	8.0
55～59歳	11.0	11.4	11.7	11.6	9.2	9.5	9.5	9.6
60～64歳	14.4	14.3	14.3	14.1	11.7	12.0	11.8	11.8
65～69歳	16.8	16.3	16.6	16.9	14.7	14.7	14.6	14.6
70～74歳	23.5	23.2	23.7	23.1	20.3	20.2	20.2	20.2

出典:厚生労働省「医療費の地域差分析」

(3) 二次医療圏別多発疾病の状況

北海道国保連合会が作成した「疾病分類(122分類)別多発疾病上位20傑の推移(件数構成割合)」により、平成30年5月診療分の状況を二次医療圏域ごとに見ると、「高血圧性疾患」が1位、「歯肉炎及び歯周疾患」が2位を占めており、ほとんどの圏域で「糖尿病」や「糖質異常症」がそれらに続いています。

表10 疾病分類(122分類)別多発疾病上位20傑の状況(件数構成割合)

(平成30年5月)

区分	高血圧性疾患	歯肉炎・歯周疾患	糖尿病	糖質異常症	損傷・外因影響	眼及び付属器の疾患	皮膚炎・湿疹	関節症	屈折・調節障害	脊椎障害	胃潰瘍・十二指腸潰瘍	喘息	脳梗塞	その他の歯・歯の支持組織の障害
南渡島	①	②	③	⑥		④		⑤						
南檜山	①	②	③	⑤	⑥								④	
北渡島檜山	①	②	③	④		⑥		⑤						
札幌	①	②	③	④		⑥		⑤						
後志	①	②	③	④					⑥				⑤	
南空知	①	②	③	④				⑤	⑥					
中空知	①	②	③	④		⑤		⑥						
北空知	①	②	③	④				⑥			⑤			
西胆振	①	②	③	④	⑥	⑤								
東胆振	①	②	③	④	⑥									
日高	①	②	③	④	⑤			⑥						
上川中部	①	②	③	④		⑥		⑤						
上川北部	①	②	④	③				⑤		⑥				
富良野	①	②	③	④				⑤	⑥					
留萌	①	②	③	④				⑤		⑥				
宗谷	①	②	③	④				⑥		⑤				
北網	①	②	③	④			⑥	⑤						
遠紋	①	②	③	④				⑤						⑥
十勝	①	②	③	④				⑥	⑤					
釧路	①	②	③	④			⑥	⑤						
根室	①	②	③	⑤	④							⑥		

出典:北海道国保連合会「疾病分類(121分類)別多発疾病上位20傑の推移(件数構成割合)」

※表内の数字は、件数の多い順位。上位6位まで表示。

(4) 医療供給体制と医療費の状況

全国的に病床数と入院診療費には強い相関関係が見られます。北海道の人口10万人当たりの病床数は平成29年10月1日現在で1,782床であり、全国1,230床の約1.45倍となっており、北海道の一人当たりの入院診療費を押し上げている要因の一つになっているものと考えられます(表11及び図12参照)。

また、二次医療圏域ごとに見ても、人口10万人当たりの病床数が一番少ない根室圏域が国保の一人当たり医療費も低く、中空知・西胆振圏域など人口10万人当たりの病床数が多い圏域は高い傾向になっています(図11参照)。

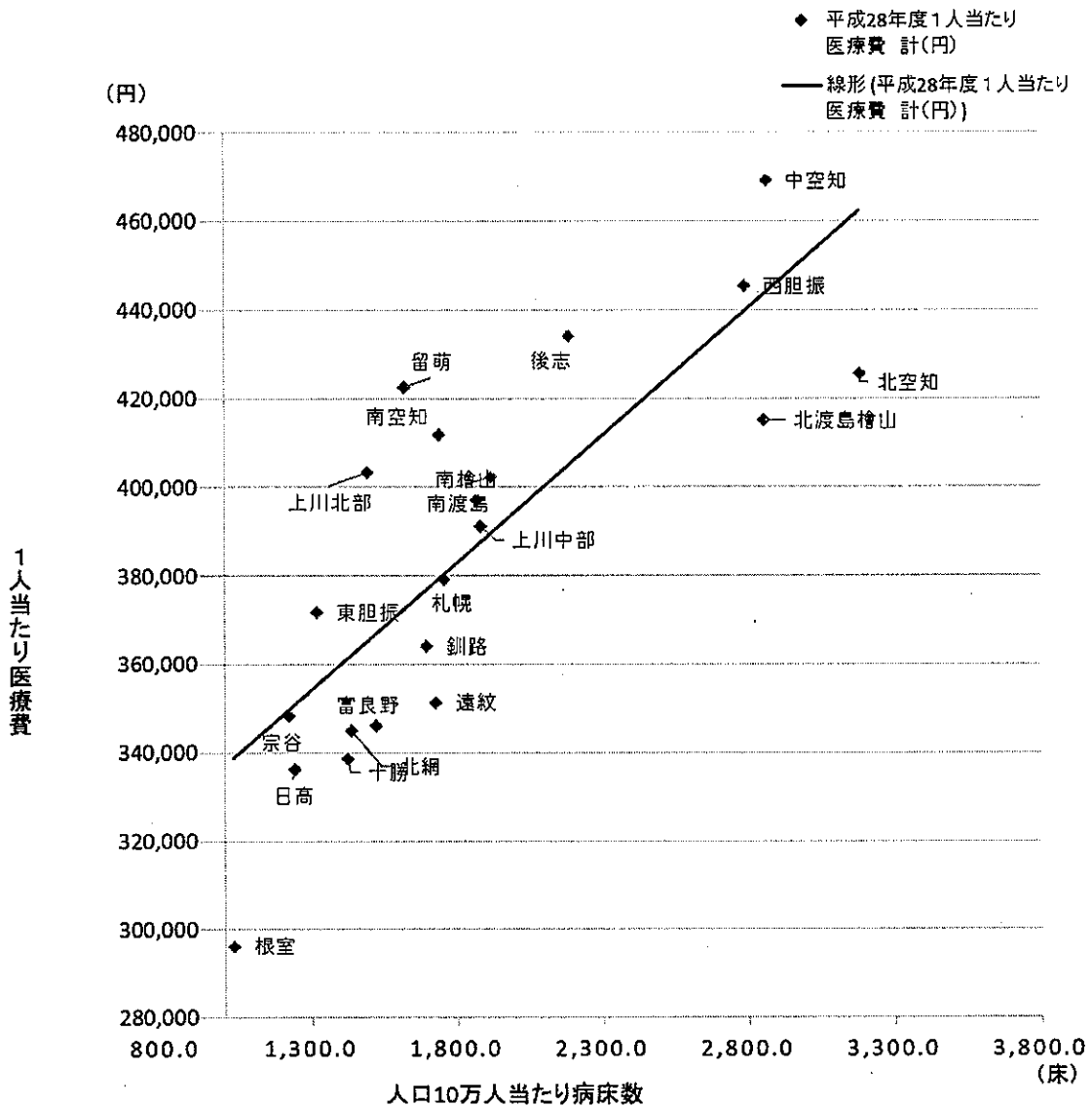
第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

表 11 二次医療圏域別の一人当たり医療費の状況(H29)

区分	人口(※)10万人 当たり病床数	一人当たり 医療費 計(円)
根室	1,030	296,228
日高	1,239	336,271
十勝	1,422	338,558
宗谷	1,218	348,161
北網	1,434	345,025
富良野	1,517	346,026
遠紋	1,722	351,360
釧路	1,694	364,034
東胆振	1,315	371,704
札幌	1,752	379,203
上川中部	1,879	391,059
南渡島	1,914	402,284
南檜山	1,864	396,922
上川北部	1,491	403,243
北空知	3,180	425,498
南空知	1,734	411,856
北渡島檜山	2,851	415,018
後志	2,183	434,049
留萌	1,615	422,592
西胆振	2,784	445,330
中空知	2,860	469,069
北海道	1,782	381,670
全国	1,230	346,503

出典：厚生労働省「医療費の地域差分析」
北海道「保健統計年報」

図11 一人当たり医療費と人口10万人当たり病床数の関係(H29)



出典：厚生労働省「国民健康保険事業年報」
 北海道「保健統計年報」

(5) 医療費の将来の見通し

本運営方針の適用期間である令和3年度から令和5年度に加え、いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる令和7年度と統一保険料率による運用を目指す令和12年度における医療費の見通しを次のとおり推計します。

① 推計医療費（全道）

R3	R4	R5	R7	R12
4,478 億円	4,348 億円	4,225 億円	3,936 億円	3,426 億円

② 一人当たり推計医療費

R3	R4	R5	R7	R12
419,851 円	422,536 円	423,633 円	423,317 円	431,244 円

③ 上記の推計方法

<令和2年度の推計医療費の算出方法>

$$\text{令和2年度推計医療費} = \text{令和2年度における区分(注)ごとの一人当たり医療費} \times \text{令和2年度における区分ごとの国保被保険者数見込み数}$$

(注) 未就学児、70歳未満、70歳以上（一般、現役並み所得者）の4区分。

なお、現役並み所得者は、単身の場合、課税所得が145万円以上かつ収入383万円以上、2人以上の場合、収入520万円以上の方がいる世帯に属する方をいう。

- i 令和2年度における区分ごとの一人当たり医療費 =
 $\text{令和元年度一人当たり医療費（見込み）} \times \sqrt{\{ (\text{平成29年度から平成30年度の伸び率}) \times (\text{平成30年度から令和元年度の伸び率}) \}}$
- ii 令和2年度における区分ごとの国保被保険者数見込み数 =
 $\text{令和元年度の被保険者実績} \times \text{平成30年度から令和元年度の伸び率（70歳以上（一般）をコーホート要因法*による推計値に補正）}$

<令和3年度以降の推計医療費の算出方法>

令和3年度以降の各年度の推計医療費は、令和2年度推計医療費に次により推計した伸び率を乗じて算出。

- ・一人当たり医療費は、国民健康保険事業費納付金*（以下「納付金」という。）の算定と同様に平成30年度から令和2年度の平方根による伸び率により推計。
- ・被保険者数は、納付金算定と同様に令和元年度から令和2年度の単年度伸び率により推計。

第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

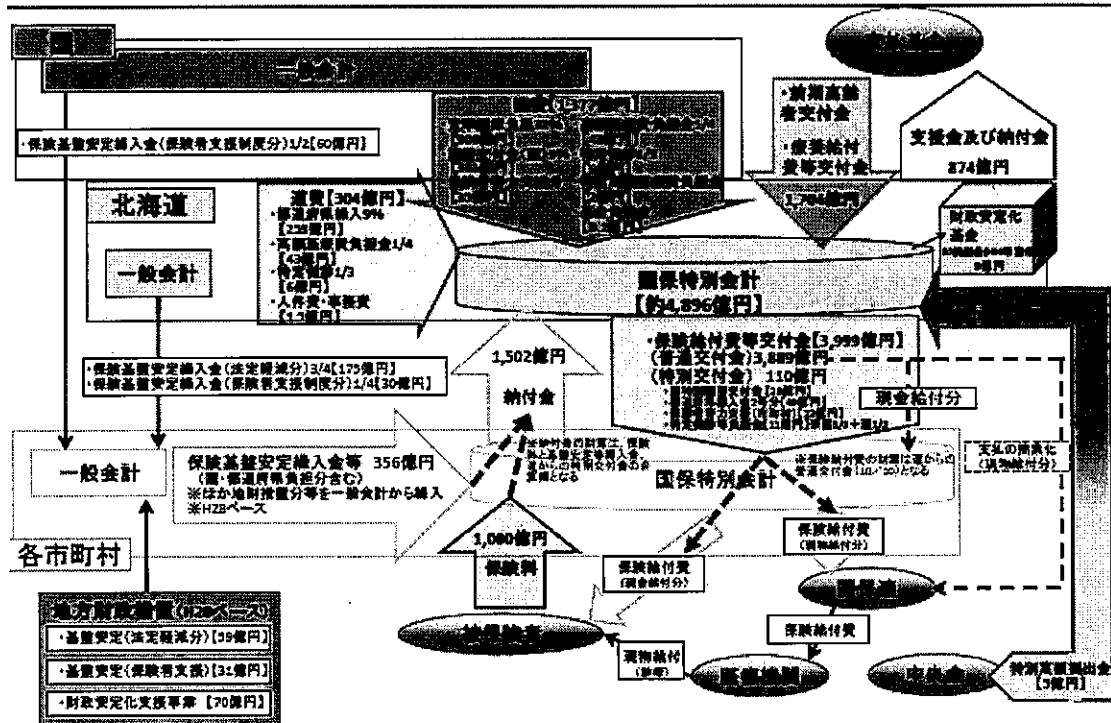
第2節 財政収支の改善と均衡

1 市町村国保財政運営の現状

平成30年度から道が財政運営の責任主体となって市町村と共同で国保運営を担うこととなり、納付金制度が導入されたことから、各市町村は、道があらかじめ通知する年度ごとの納付金の額を道に納付し、道から交付される保険給付費等交付金により医療費等の財源を賅っています。

【市町村国保財政の基本的な仕組み(R2予算)】

道における R2年度国保財政の基本的な仕組みイメージ



出典:北海道調べ

平成30年度の単年度決算における収支差引残（収入合計－支出合計）では、赤字は8保険者で、赤字総額は約8億円となっています。

なお、収支差引残が黒字であっても、決算補填等を目的とした法定外一般会計繰入を行っている市町村保険者が多いのが現状です。

表12 収支差引残の状況及び法定外繰入の推移

(単位:保険者数)

区分	H26	H27	H28	H29	H30
収支差引残	59億円	40億円	73億円	146億円	67億円
黒字保険者数	141	138	141	144	149
剰余金	90億円	77億円	97億円	159億円	75億円
赤字保険者数	16	19	16	13	8
不足額	31億円	37億円	24億円	13億円	8億円
法定外繰入					
保険者数	122	125	113	108	99
金額	119億円	123億円	88億円	94億円	37億円

出典:北海道調べ

2 国保財政運営の基本的考え方

国民健康保険は、一会計年度単位で行う短期保険であることから、原則として、必要な支出を保険料(税)や国庫負担金などにより賄い、当該年度の特別会計の収支を均衡させる必要があります。

3 市町村国民健康保険特別会計

国保制度における市町村国民健康保険特別会計（以下、「市町村国保特会」という。）においては、国の財政支援措置の拡充や納付金制度の導入により、今後年度内における一般会計からの法定外繰入の必要性が大幅に減少していくことが見込まれます。

また、決算補填等を目的とした一般会計からの法定外繰入については、解消・削減すべき赤字額として、段階的な解消に向けた取組が必要です（「第3節 赤字解消・削減の取組、目標年次等」参照）。

なお、激変緩和措置の終了を見据える中、市町村国保特会において、各々の実情に応じた財政調整機能を担うため、一定程度の基金の保有が必要です。社会情勢の急激な変化に伴う所得の減少や収納率の低下など、納付金の確保が困難となる様々な要因について協議しながら、保有額の目安を引き続き検討していきます。

4 北海道国民健康保険特別会計

北海道国民健康保険特別会計（以下、「道国保特会」という。）においては、市町村の事業運営の健全化を念頭に、繰越金や黒字幅を必要以上に確保することのないよう、道内国保全体の財政状況のバランスを見極めながら運営します。

5 国民健康保険保険給付費等交付金

保険給付費等交付金は、国民健康保険条例等に規定されますが、道国保特会から市町村国保特会に交付されるもので、市町村の保険給付に要した費用を交付する役割を有する普通給付分と、市町村の個別の事情に着目した交付を行う特別給付分とがあります。

普通給付分は、市町村が行った保険給付の実績に応じ、市町村の請求に基づき、その同額を交付するものです。

また、特別給付分は、

- ・国の特別調整交付金のうち市町村に交付される分
- ・都道府県繰入金のうち、個別の市町村に交付される分
- ・市町村に対する保険者努力支援制度分
- ・特定健診費用

を交付するものです。

なお、普通給付分の保険給付費等交付金については、道が市町村からの請求に基づき、北海道国保連合会に対し交付金を直接支払うことが可能となる仕組みが設けられており、これにより、市町村の事務負担が軽減されると見込まれます。

第3節 赤字解消・削減の取組、目標年次等

1 赤字削減・解消計画

市町村は、計画的に赤字の削減・解消を図るため、削減・解消に向けた基本方針、目標設定、取組等について道と協議を行った上で、「赤字削減・解消計画」を策定します。

なお、累積赤字については、「赤字削減・解消計画」を策定する必要はありませんが、

第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

任意の計画を策定し、計画的な削減・解消を目指すこととします。

また、保険料率の統一を進めるためには、累積赤字を含めて、市町村の段階的な赤字の解消に向けた取組と関係者を含めた情報・課題等の共有が必要なことから、すべての「赤字削減・解消計画」を公表することとします。

(1) 対象市町村

計画を策定すべき対象市町村は、決算において赤字（注）が生じ、赤字が生じた年度の翌々年度までに予算ペースで赤字の解消が見込まれない市町村とします。

(注) 「赤字」とは、市町村の国保特会（事業勘定）における「決算補填等目的の法定外一般会計繰入金（以下「法定外繰入金」という。）」及び「繰上充用金の新規増加分」とします。

ア 法定外繰入金について

法定外繰入金とは、毎年度、国民健康保険特別会計の収支決算における法定外一般会計繰入金のうち、「収支不足に伴う決算補填目的のもの」、「保険者の政策によるもの」及び「過年度の赤字によるもの」に該当するものとします。

イ 繰上充用金の新規増加分について

繰上充用金の新規増加分とは、「平成28年度以降に行った繰上充用金額のうち、平成27年度決算における平成28年度からの繰上充用金相当額を超過する額」及び「累積赤字のうち削減・解消された繰上充用金を除く前年度増加分」とします。

ウ 累積赤字について

累積赤字とは、「平成27年度決算における平成28年度からの繰上充用金相当額」とします。

(2) 計画の内容

赤字の原因を分析した上で、赤字削減・解消のための基本方針、具体的な取組内容（保険料率の改定、医療費適正化、収納率向上対策の取組等）を定めるとともに、赤字削減の目標年次及び年次毎の計画を定めることとします。

2 赤字解消・削減の取組や目標年次の設定の方法

(1) 赤字解消・削減の取組

赤字市町村は、医療費の動向や適正な保険料率の設定、収納率等に関する要因分析を行った上で、赤字の解消・削減に向けた必要な対策を整理した「赤字削減・解消計画」を策定し、道に報告することとします。

計画の策定にあたり道は、市町村と十分に協議を行い、赤字削減・解消の取組や目標年次等の設定について助言を行います。

また、新たに赤字が発生した市町村で、財政安定化基金を活用することにより赤字を解消する場合は、貸付年度の翌年度以降の納付金に上乗せすることとし、原則3年で償還することとします。

(2) 赤字解消・削減の目標年次

「赤字削減・解消計画」の策定において、目標年次は可能な限り短期間で設定することを基本としますが、赤字が多額になっているなど、短期間で赤字の解消が困難な市町村は、激変緩和措置の実施期間を参考に、6年以内を基本とした計画を策定し、段階的な赤字の解消に取り組むこととします。

なお、保険料（税）の急激な上昇を避けることなどから目標年次を6年以内とすることが困難な場合については、その実情に応じて、できるだけ早期の解消に努めます。

(3) 納付金算定における措置

納付金の算定及び配分において赤字に対する措置は行わず、また、被保険者の保険料（税）負担上昇に伴う激変緩和措置において、赤字を解消することによる保険料（税）負担の変化相当分は対象としないこととします。

<参考>平成30年度決算時点での「赤字削減・解消計画」策定市町村数等

赤字市町村数： 21市町村	赤字額： 約23.5億円
---------------	--------------

出典:北海道調べ

第4節 財政安定化基金の使用

1 財政安定化基金の設置

国民健康保険事業の財政安定化のため、給付費増や保険料(税)収納不足により財源不足となった場合に備え、法定外の一般会計繰入を行う必要がないよう、道国保特会や市町村に対し貸付及び交付を主に行う財政安定化基金を設置しています。

2 特例基金の設置

平成30年度から6年間、保険料(税)の激変緩和措置など、円滑な国保運営のために必要な資金の交付に充てることのできる特例基金を財政安定化基金に含めて設置しています(第3章 第4節 3の特例基金)。

3 基金の使用の基本的な考え方

財政安定化基金の使用については、北海道国民健康保険財政安定化基金条例に規定されますが、基本的な考え方については次のとおりとします。

(1) 貸付金

<市町村に対する貸付>

① 貸付要件

保険料(税)収納額の低下により財源不足となった場合。

② 貸付額(地方債)

貸付を受けようとする市町村の申請額に基づき、市町村が標準保険料率を基礎として適正な賦課を行うことを前提に、道が保険料(税)収納不足額を算定し、地方債として貸付額(無利子)を決定。

③ 貸付額の償還

貸付年度の翌々年度以降の納付金に上乘せすることとし、原則3年で償還(基金へ積み戻し)。

<道に対する貸付>

① 貸付要件

保険給付費が増大したことにより財源不足となった場合。

② 貸付額

財源不足額について、財政安定化基金を取り崩し、道国保特会に繰入を行う。

③ 貸付額の償還

貸付年度の翌々年度以降納付金に含めて市町村から徴収し償還(基金へ積み戻し)。

(2) 交付金

① 交付要件

災害の発生など、多数の被保険者の生活が著しい影響を受けたことにより、収納額の低下につながる大きな影響が生じるなど、「特別な事情」と認められる場合。

第2章 国民健康保険の医療に要する費用及び財政の見通し

② 交付額

収納不足額の2分の1以内とし、市町村の「特別な事情」や収納率目標の設定状況等に応じて、道がその交付の範囲を決定。

③ 交付額の補填

国・道・市町村がそれぞれ3分の1ずつを貸付年度の翌々年度に補填（基金へ積み戻し）。

このうち市町村分については、道内すべての市町村で補填。

第3章 納付金及び標準的な保険料(税)の算定方法

第1節 目指す姿

北海道においては、所得水準*や医療費水準*の地域差が非常に大きく、地域における被保険者の影響を考慮し、可能な限り激変が生じないように調整しながら、被保険者間の負担の公平化を進めていくこととします。

第2節 現状

1 保険料(税)の賦課状況

国保事業に要する費用を賄う方法として、法を根拠とする保険料(税)と地方税法を根拠とする保険税の2種類の徴収金があります。

道内では、保険料(税)を賦課している市町村が市を中心に23市町村、保険税を賦課している市町村が156市町村となっています。

(H30)	
保険料方式	23市町村
保険税方式	156市町村

出典:厚生労働省「国民健康保険事業年報」

2 保険料(税)の賦課方式

保険料(税)の賦課方式としては、所得割*・被保険者均等割(以下「均等割」という。)*・世帯別平等割(以下「平等割」という。)*の三方式を採用する市町村が76市町村、それに資産割*を加えた四方式を採用している市町村が103市町村となっています。かつては資産を有する農林水産業及び自営業者が国保の被保険者の中心だったこともあり、四方式を採用する市町村が多数ですが、現在、市では三方式が多くなっており、被保険者数と世帯数でみると全道の8割以上が三方式の対象となっています。

表13 賦課方式別の市町村数及び被保険者数(H30年4月1日現在)

区分	市町村数	被保険者数	世帯数	
			割合	割合
三方式	76	994,519	82.4%	656,867 84.2%
四方式	103	213,052	17.6%	123,236 15.8%

出典:厚生労働省「国民健康保険事業年報」

3 応能割と応益割の賦課割合

道内の市町村における賦課割合は、応能割の方が高いところが多くなっており、市よりも町村の方が応能割の賦課割合が高くなっています。

また、応益割の内訳である均等割と平等割との割合については、旧政令(改正前国民健康保険法施行令)に定める標準的な賦課割合35:15と比較して、均等割より平等割の方が高い割合になっています。

第3章 納付金及び標準的な保険料(税)の算定方法

表 14 平成 30 年度賦課状況における市町村の標準割合(医療分・一般) (単位:%)

	応能割			応益割		
		所得割	資産割		被保険者均等割	世帯別平等割
市町村計	57.41	56.21	1.20	42.59	24.19	18.40
市	54.03	53.76	0.27	45.97	25.17	20.80
町村	65.42	62.00	3.42	34.58	21.87	12.71

出典:厚生労働省「国民健康保険事業年報」

4 賦課限度額の設定状況

保険料(税)については、法に基づき政令(国民健康保険法施行令)に定める額(以下、「法定額」という。)を上限として賦課限度額*を定めることとされており、多数の市町村は法定額と同額の賦課限度額を設定していますが、法定額を下回る額を設定している市町村もあります。

表 15 賦課限度額の設定状況(H30)

区分	法定額	法定額と同額の市町村数	法定額との差額別の市町村数			計
			△1万円以内	△2万円以内 ～△1万円超え	△2万円超え	
医療分	58万円	151	0	0	28	179
後期高齢者支援金分	19万円	174	0	3	2	179
介護納付金分	16万円	175	1	1	2	179

出典:厚生労働省「国民健康保険事業年報」

5 地域差(保険者間)の状況

保険者にみる地域差の状況では、一人当たり保険料(税)では、最大の猿払村が18万2千円、最小の赤平市が5万5千円と約3.3倍の差があります。

また、医療分の保険料(率)の状況を見ると、所得割・均等割・平等割ごとにそれぞれ大きな差があります。

表 16 地域(保険者)差の状況(H30)

項目	最大	道平均	最小	対比
一人当たり療養諸費(万円)	初山別村 : 55.7	40.2	占冠村 : 23.0	2.4倍
一人当たり所得額(万円) H29年分	猿払村 : 605.0	66.0	赤平市 : 27.0	22.4倍
一人当たり保険料(万円)	猿払村 : 18.2	9.4	赤平市 : 5.5	3.3倍
収納率・現年度分(%)	遠別町 : 100.00	95.16	羅臼町 : 89.83	—
構造				
人口に占める国保被保険者の割合(%)	羅臼町 : 44.0	21.6	千歳市 : 16.4	2.7倍
国保被保険者全体における65歳～74歳の割合(%)	赤平市 : 58.3	45.9	猿払村 : 19.6	3.0倍

出典:厚生労働省「国民健康保険事業年報」、「国民健康保険実態調査報告」

※人口に占める割合の分母は、「住民基本台帳(H31.1.1現在)」

表 17 平成 30 年度における保険料(率)の状況(医療分・一般)

最大/最小		応能割(%)		応益割(円)		備 考
		所得割	資産割	均等割	平等割	
所得割	泊村	12.30	84.30	7,200	19,700	最大/最小の対比 7.9倍
	沼田町	1.55	50.00	25,900	24,000	
被保険者均等割	礼文町	5.20	55.00	35,000	29,000	最大/最小の対比 4.9倍
	泊村	12.30	84.30	7,200	19,700	
世帯別平等割	奥尻町	8.51	31.64	16,600	44,000	最大/最小の対比 4.4倍
	赤平市	9.08	—	16,000	9,900	

出典:厚生労働省「国民健康保険事業年報」

第3節 保険料水準の統一

1 保険料水準の統一について

国のガイドライン（厚生労働省保険局長通知「国民健康保険における納付金及び標準保険料率の算定方法について」）では、市町村間の保険料(税)の違いなど市町村国保が抱える構造的な課題に対応し、負担の公平化を進めるため、将来的に保険料水準の統一を図ることとされています。

(1) 保険料水準の統一の定義

小規模市町村における保険料負担増加のリスクを軽減するとともに、負担の公平化を進めるため、納付金算定上、市町村間の医療費水準の差を反映しない($\alpha = 0$)こととします。

これにより、納付金算定が賦課三方式（所得割と均等割、平等割を加えたものの合算額で保険料(税)を算定する方式）の要素のみとなり、全道で納付金の配分基準が統一されます。このことをもって、保険料水準の統一と定義します。

(2) 保険料水準の統一に向けた基本的考え方

国保制度は、納付金制度の導入により、全道の医療費を全道の被保険者で支える仕組みになりました。しかし、市町村ごとの医療費水準を納付金算定に反映する仕組みでは、小規模市町村ほど医療費の増加が保険料負担に与える影響が大きくなるリスクが高まることから、医療費水準を納付金算定に反映させない仕組み（保険料水準の統一）を講じ、安定的な国保制度の運営を図ります。

また、安定的な国保制度の運営には、医療費適正化に向けた取組が重要であり、その取組を進めるに当たっては、保険者努力支援制度（都道府県分）交付金や北海道国民健康保険給付費等交付金（特別交付金）（以下「道特別交付金」という。）を効果的に活用します。

2 保険料(税)率の統一について

(1) 保険料(税)率の「統一」の定義について

保険料水準を統一し、安定的な国保運営のための取組が市町村間で平準化し、全市町村の標準保険料率が同一となることをもって保険料(税)率の統一（以下「統一保険料率」という。）と定義します。

なお、保険料水準の統一後、統一保険料率となるまでの過程を保険料(税)の準統一と定義します。

(2) 保険料(税)率の統一を目指す理由

納付金制度の導入及び保険料水準の統一、並びに医療費適正化の取組（以下「保険料水

第3章 納付金及び標準的な保険料(税)の算定方法

準の統一等の取組」という。)により、持続可能な安定的な国保運営が見込まれ、被保険者の将来的な保険給付の確保や急激な保険料負担の増加抑制が図られるとともに、全道の被保険者の受益に繋がります。しかし、保険料水準の統一後においても、被保険者が負担する保険料(税)は、収納率や保健事業の差等によって、同一所得・同一世帯構成であっても、市町村ごとに異なります。

保険料水準の統一等の取組によって得られる被保険者の受益は同じであることから、保険料負担においても負担能力に応じた公平な負担が必要です。

全国的な動向についても、令和元年6月に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2019」、いわゆる骨太の方針においても、「人生100年時代に対応した全世代型の社会保障制度を構築し、世界に冠たる国民皆保険」の維持を目指すとして明記されています。さらに、「国保の都道府県内保険料水準の統一や収納率の向上など受益と負担の見える化に取り組み都道府県の先進・優良事例について全国展開を図る」との記述から、被保険者間の負担の公平化への取組が全国的に必要であるとの認識がうかがえます。

こうしたことから、保険料水準の統一にとどまらず、次の3のとおり統一保険料率を目指します。

3 統一保険料率に向けて

概ね2030(令和12)年度を目途に統一保険料率を目指します。

統一保険料率に向けて、次の課題があります。

(1) 保険料水準の統一

2023(令和5)年度までに必要な取組を行い、2024(令和6)年度から実施します。

(2) 資産割の廃止

統一保険料率における賦課方式は、市町村標準保険料率に用いている所得割・均等割・平等割の3つを要素とする、いわゆる三方式に統一します。そのため、資産割を賦課している市町村は、将来に向け資産割の廃止が必要ですが、それによって被保険者の保険料負担に急激な影響があることが想定されるため、2026(令和8)年度までを経過期間とします。

(3) 賦課限度額の統一

負担能力に応じて公平に保険料(税)を負担するとの観点から、法定額に統一することが必要です。

(4) 市町村個別の歳入・歳出の共通化

保険料水準の統一後は、安定した国保制度の運営のための費用は全道の被保険者で負担し、交付金は全道の被保険者の負担抑制のために使用するため、市町村個別の歳入・歳出の共通化が必要であり、それらの費用と課題は次のとおりです。

【歳入】

(ア) 国特別調整交付金及び保険者努力支援制度交付金(市町村分)

(イ) 保険者努力支援制度交付金(道交付分)

(ウ) 都道府県繰入金(二号分)

上記(ア)から(ウ)の歳入は、当面、医療費適正化に向けて効果的に活用することとします(第2節2参照)が、今後、共通化に向けた具体的方法とその時期を検討する必要があります。

上記以外の歳入項目については、納付金及び標準保険料率算定の仕組みに基づき、市町村個別の実態を踏まえた統一的な算定方法を検討する必要があります。

【歳出】

(ア) 地方単独事業減額調整分

各市町村が、重度障がい、ひとり親、乳幼児(未就学児を除く)の経済的負担を軽減するための事業を行っている場合、国庫負担金が減額調整され、その金額は市町村の事業の内容によって異なり、被保険者の保険料負担額に影響します。

統一保険料率に向けてどのように費用を共通化するかについて検討する必要があります。

あります。

(イ) 保健事業費・特定健康診査等に要する費用

医療費適正化に向けた取組として、全道の被保険者の保険料負担の抑制が図られることから、費用負担を全道で共通化することが必要です。現状、各市町村が実施している保健事業に要する費用は、事業内容の違い等によって異なっていることから、費用の算定方法や具体的な取組内容について検討します。

(ウ) 保険料減免に要する費用

誰にでも一時的に保険料(税)を納めることができない事情は起こり得ることから、その負担軽減に要する費用の算定を全道で共通化することが必要です。

現状、各市町村が条例の定めで行っている保険料減免の運用には差があり、それに要する費用も異なっており、算定方法等を共通化するための枠組を検討します。

(5) 市町村間の収納率の差の縮小

北海道全体の収納率は年々向上していますが、依然として市町村間の収納率に差は10ポイント以上の開きがあります(最高収納率100%、最低収納率89.83%)。市町村間の収納率の差は、被保険者間の保険料負担の差に繋がることから、収納率の底上げを行い、差を縮小することが必要です。

(6) 決算補填等目的の法定外繰入の解消

納付金制度においては、市町村の法定外繰入の有無によって被保険者の保険料負担額に不均衡が生ずることから、法定外繰入を解消することが必要です。

法定外繰入の解消に向けては、「第2章第3節 2 赤字解消・削減の取組や目標年次の設定の方法」に記載した取組を進めていきます。

4 保険料率算定における応能・応益割合の変更

被保険者間の負担の公平化を進めるにあたり、統一保険料率となった際に生じる被保険者負担の激変を緩和するためには、今後、市町村が、道の示す市町村標準保険料率算定の基礎となった応能割額の割合と応益割額の割合に段階的に合わせていくことが必要です。

第4節 納付金の算定方法

納付金制度は、道内の被保険者の医療費等を全市町村で負担する仕組みです。その導入により、市町村ごとではなく広域な単位で支え合うことになり、保険料(率)の平準化や小規模保険者のリスク分散がなされ、道全体で、被保険者の公平な負担へと近づいていきます。

納付金の算定方法は、国のガイドラインに示された算定方式(30頁参照)を基本とし、各市町村の納付金は、市町村の算定項目(所得、被保険者数・世帯数)が全道に占める割合(シェア)を基本に個別に算定されます。

なお、納付金については、道の国民健康保険条例に規定されますが、各項目の基本的考え方については、次のとおりとします。

1 応能割と応益割との構成割合(所得反映係数 β の設定)等

(1) 所得反映係数 β の設定

β は所得のシェアをどの程度反映するかを調整し、全道での応能割と応益割との構成割合を定める係数であり、全国平均を1とした場合の北海道の所得水準で設定することが国のガイドラインで原則とされています。(この場合の設定値を「北海道 β 」といいます。)

道の場合、所得水準が全国平均よりも低くなっており、北海道 β (国が示した平成31年度所得係数では0.889)を用いると、応能割と応益割との構成割合が全道段階では47:53となります。

※ 所得水準が全国平均である都道府県($\beta=1$)においては、応能割と応益割との構成割合が都道府県段階で政令の標準構成割合と同じ50:50になる。

第3章 納付金及び標準的な保険料(税)の算定方法

国のガイドラインでは、上記の β 以外の値の係数 β' を用いることも可能とされており、この場合、応能割と応益割との構成割合が変わることになります。

道では、所得水準が高い市町村における保険料(税)の激変を緩和する観点から、制度施行時においては、応能割の割合を北海道 β よりも低い割合に設定することとし、応能：応益の比率が40：60よりも応益にかたよらない値0.75を β' として設定したところですが、保険料(税)や激変緩和措置等の状況を踏まえ、 $\beta' = 0.75$ を北海道 β に近づけていくこととし、令和3年度以降の納付金算定では、現行の $\beta' = 0.75$ と北海道 β の中間値である $\beta' = 0.82$ を基本とします。

なお、北海道 β に向けた具体的な進め方は3年ごとの運営方針の見直しの中で検討します。

(2) 所得水準の算定

所得水準の算定に用いる所得は、過去3か年の平均を用いることとします。

なお、国のガイドラインに沿った納付金の算定方法に加え、市町村ごとに世帯単位の所得に応じた調整を行うこととします。

2 応益割における均等割と平等割との割合

市町村標準保険料率の均等割と平等割との割合は、旧政令の標準的な構成割合(35：15)を基本に設定したところですが、2021(令和3)年度以降については、市町村の保険料(税)率における均等割と平等割の割合も勘案した数値を基本に設定することとし、具体的な割合については、検討・協議します。

3 医療費水準の反映割合(α の設定)

国のガイドラインでは、市町村間で医療費水準に差がある場合、年齢調整後の医療費指数を各市町村の納付金に反映させること($\alpha = 1$)が原則とされているほか、統一的な保険料水準とする観点から医療費指数を反映させないこと($\alpha = 0$)や、医療費指数の納付金への反映を段階的に行うことが可能とされています。

道では、市町村では抑制できない医療費急増等のリスクを分散させ、今後の保険料負担の増加を緩やかにすることで安定的な国保制度の維持を図る観点から、令和6年度から納付金配分に医療費水準を反映しないこと($\alpha = 0$)とします。

なお、それまでの間(令和3年年度～令和5年度)は引き続き $\alpha = 0.5$ とします。

4 高額医療費の共同負担

小規模保険者のリスクを更に軽減させる観点から、高額医療費*(80万円超)を市町村が共同負担することとします。

5 必要総額の調整(γ の設定)

γ は、各市町村の納付金額の積み上げが医療費水準などの影響で道の必要総額と異なる場合、必要総額に合わせるための調整係数であり、この係数を用いて各市町村の納付金額の調整を行います。

6 賦課限度額

賦課限度額は、道内では政令に定める基準どおりとしている市町村が8割以上となっており、公平な算定という観点からも、当該基準による賦課限度額で設定します。

7 納付金の精算

市町村の国保運営の安定化のため、道と各市町村とが、個別に精算を行うことはありません。

第5節 激変緩和措置

納付金制度の導入により、一部の市町村においては、各市町村が本来集めるべき一人当たり保険料(税)(保険料収納必要額)が変化し、保険料(税)が上昇する可能性があります。このため、納付金算定結果や国の財政支援の状況等を踏まえ、国のガイドラインで示された激変緩和措置について、対象範囲等を設定します。

ただし、納付金の算定及び配分において赤字に対する措置は行わず、また、被保険者の保険料(税)負担上昇に伴う激変緩和措置において、赤字を解消することによる保険料(税)負担の変化相当分や医療費の自然増分等は対象としないことを基本とします。

なお、激変緩和措置の実施期間は、平成30年度から令和5年度までの6年間を基本とし、3年ごとの運営方針の見直しの中で検討します。その中で、激変緩和終了後の納付金制度の安定化に必要な対策や施行時では想定されなかった事案等についても、市町村に大きな影響が出ないよう対応していくこととします。

1 納付金算定方法の設定

国のガイドラインでは、各市町村の年齢調整後の医療費指数に乗じる「 α 」や、所得水準を反映する「 β 又は β' 」を調整して設定することが可能となっており(第3節1及び3参照)、現行の保険料(税)設定との激変を緩和する観点などから、 α の設定値については令和3年年度~5年度は0.5とし、 β' の設定値については北海道 β よりも低い0.82を基本とします。また、激変緩和措置の状況を踏まえ、北海道 β に近づけていくことを目指します。なお、具体的な進め方については、3年ごとの運営方針の見直しの中で検討します。

2 都道府県繰入金の活用

市町村ごとの状況に応じたきめ細やかな対応を行うため、都道府県繰入金による激変緩和措置を講じます。

この都道府県繰入金による激変緩和措置は、被保険者の負担の急激な増加を避けるため、一人当たり保険料収納必要額の対前年度増加率が2%を超えないことを基本とします。ただし、当分の間、増加率の設定に当たっては、平成28年度決算額を基準とし、納付金の算定や特例基金の額などを踏まえて判断する必要があります。

3 特例基金繰入の活用

上記2による激変緩和措置は、予め激変緩和用として積み立てる特例基金を活用することにより、市町村の納付金に大きな影響が出ないよう調整することとします。法で定める特例基金の活用可能期間は、平成30年度から令和5年度までの6年間となっており、道においては、各年度の納付金の状況を踏まえながら、期間内に効果的に活用することとします。

第6節 標準的な保険料(税)の算定方法

道は、将来的な保険料負担の平準化と標準的な被保険者負担の見える化を進める観点から、「標準的な保険料(税)の算定方式に基づく市町村ごとの標準保険料率」と「各市町村の算定方式を基に算定した保険料率」とを示すこととします。

また、市町村標準保険料率では、各市町村の所得水準に応じた構成割合(応能割:応益割)となり、市町村間で保険料(税)が同程度に近づくことから、市町村はその構成割合、賦課方式(3方式)を参考に、所得や被保険者数、世帯状況など、それぞれの状況に応じた保険料率を定めることとします。

1 標準的な保険料(税)の算定方式

かつては資産を有する農林水産業及び自営業者が国保の被保険者の中心でしたが、現在は就業構造が変化し、無職者や低所得者が多いこと、また、応能負担である資産割に用いる固定資産は居住用資産も対象としていることから、資産割を除いた三方式とします。

第3章 納付金及び標準的な保険料(税)の算定方法

2 標準的な収納率

標準的な収納率は、市町村における収納率目標とは異なり、道が市町村標準保険料率を算定するに当たっての基礎となる数値です。

仮に実態よりも大幅に高い収納率で市町村標準保険料率を算定した場合には、その市町村標準保険料率を参考にした市町村は、本来必要な保険料(税)収入を確保することができなくなるおそれがあります。

このため、標準的な収納率の設定については、道内市町村の収納率の実態を踏まえた実現可能な水準とし、低い収納率になりすぎないようにしながら、市町村ごとに設定することとします。

具体的には、過去3か年の収納率の平均値を標準的な収納率とします。また、3か年平均の実績で99%を超えている市町村については、99%で固定することを原則とし、必要に応じて個別に協議を行うこととします。

3 健康づくりの費用

健康づくりの費用(保健事業費)については各市町村で取組状況が異なるため、当面の間、納付金には含めませんが、市町村標準保険料率の算定上は、納付金に加算して算定することとします。

今後、統一保険料率に向け、納付金算定総額への算入について検討していきます。

4 市町村標準保険料率

(1) 市町村標準保険料率の算定に必要な保険料(税)収納必要額を道が定める標準的な収納率で割り戻した後に、当該市町村の被保険者数や所得金額、算定方式等に基づき、標準保険料率(三方式)を算定し、市町村に示します。

(2) 市町村が四方式を用いている場合は、それによる標準保険料率も算定し、市町村に示します。

(3) 市町村は、市町村標準保険料率等を参考に、市町村における所得や世帯状況など、それぞれの状況に応じた保険料率を定めます。

第7節 納付金算定における葬祭費及び出産育児一時金の取り扱い

葬祭費の支給額については、どこの市町村に住んでいても同額の給付が受けられるよう、支給金額を3万円に統一し、保険給付費等交付金の対象とし、納付金算定総額に含めて納付金算定を行います。

出産育児一時金については、現在、産科医療補償制度加入施設での出産の場合は、支給額が統一されており、葬祭費と同様に、保険給付費等交付金の対象とし、納付金算定総額に含めて納付金算定を行います。

第8節 納付金及び標準保険料率算定の全体像

1 医療分と後期高齢者支援金分、介護納付金分の算定

納付金の算定を行うに当たって、医療分、後期高齢者支援金分及び介護納付金分は考慮する要素が異なるため、それぞれ個別に納付金総額と各市町村ごとの納付金額を算定することとし、最終的に合算します。

同様に、標準保険料率についても、医療分、後期高齢者支援金分及び介護納付金分をそれぞれ個別に算出します。

2 退職被保険者及び被扶養者に係る納付金

医療分及び後期高齢者支援金分について、退職被保険者*及び被扶養者(以下、「退職被保険者等」という。)に係る納付金は、各市町村の保険料率に基づいて算出されることと

第3章 納付金及び標準的な保険料(税)の算定方法

なるため、一旦、退職被保険者等を除いた一般被保険者分のみで納付金算定を行い、市町村標準保険料率を算出した後に、これを基礎として退職被保険者等に係る納付金を市町村ごとに算出して合算し、納付金額に含めます。

納付金・激変緩和措置・標準保険料率の算定に係る全体像

① 納付金算定の設定項目

区分	国ガイドライン	北海道		備考	
		令和3年～5年	激変緩和終了後		
医療分	医療費指数反映係数 (α) [P25]	0～1	0.5	0 (保険料水準統一)	
	高額医療費共同負担 [P26]	実施できる。	実施する。	—	
	所得反映係数 (β ・北海道 β) [P25]	0～上限なし 全国平均と比較した各都道府県の所得水準に応じて設定するのが原則。	0.82	北海道 β (0.893)	0.893は令和2年度所得係数。
	応能割と応益割との全道段階の比率 [P25]	北海道 β :1 が基本	45:55	47:53 (0.893の数値)をめざす	β (北海道 β)に連動。
	所得水準の精緻化 [P25]	—	世帯単位で更なる調整を実施。		
	葬祭費・出産育児一時金 [P28]	任意	納付金に含めて算定。		
	退職被保険者・被扶養者 [P28]	一般被保険者について納付金を算定した後、合算。	同左		国のガイドラインどおり。
後期高齢者支援金分 介護納付金分 [P28]	個別に納付金額を算定し、合算。	同左 ※所得反映係数及び所得水準の精緻化については、医療分と同様の措置を講じる。			
激変緩和措置 [P26]	対象範囲は各都道府県が設定。	対前年度増加率が2%を超える額を対象。	—	当分の間、H28年度またはH29年度決算額を基準。	

第3章 納付金及び標準的な保険料(税)の算定方法

② 納付金算定の数式

市町村の納付金の額
 = (北海道での必要総額)
 $\times \{ \alpha \cdot (\text{年齢調整後の医療費指数} - 1) + 1 \}$
 $\times \{ \beta \cdot (\text{所得のシェア}) + 1 \cdot (\text{被保険者数} \cdot \text{世帯数のシェア}) \} / (1 + \beta)$
 $\times \gamma$

※ 国のガイドラインで示されている納付金算定式。
 ※ 今後の納付金算定の基本となるが、これと異なる算式とすることも検討対象。

【納付金算定のイメージ】

医療費水準 反映(α) ↑ ↓	所得水準(所得シェア)に応じた按分額 医療費水準を反映 <応能割>	被保険者数・世帯数のシェアに応じた按分額 医療費水準を反映 又は反映しない <応益割>
	← 所得水準に応じた按分 →	← 加入者数に応じた按分 →
← 所得水準を反映(β又はβ') →		

○ 「シェア」とは、各市町村の算定項目(所得、被保険者数、世帯数)が全道に占める割合。
 ○ 医療費水準をどの程度反映するかは、係数αにより調整。
 ○ 所得シェアをどの程度反映して、応能割と応益割との割合をどのようにするかは、係数β又はβ'により調整。

③ 市町村標準保険料率[P27]の算定に必要な保険料収納必要額の算定

各市町村の収納必要額 = 納付金 + 健康づくり等の費用[P28] - 保険者努力支援制度の交付金等

④ 市町村標準保険料率の算定

- ・ 標準的な収納率[P27]は、過去3か年平均を用いる。
- ・ 市町村の保険料総額 = 収納必要額 ÷ 標準的な収納率
- ・ 市町村標準保険料率 = 市町村の保険料総額を基に算定。

納付金(①~④)・保険料収納必要額(⑤)・標準保険料率(⑥)算定の主な流れ

① 全道で必要な納付金総額を算出。
 ◆ 医療費などの見込みから国交付金などを除いて算出。

○ 納付金総額 = 医療費等 - 国・道交付金 - 前期高齢者交付金
 (約 1,519 億円) (約 5,040 億円) (約 1,849 億円) (約 1,672 億円)

② 所得水準の反映係数 β を設定し、応能割分と応益割分の道全体額を算出。
 ◆ 「所得水準の反映度」と「[道全体での]応能割と応益割との比率」とを設定。
 ※ 応能割：所得割のみ
 ※ 応益割：加入者割（被保険者均等割）＋世帯割（世帯別平等割）
 ◆ 応益割について、加入者割と世帯割との比率を設定。
 ※ 旧政令基準である加入者割：世帯割＝35：15 とする。

- 「所得水準の反映度」は所得の高い市町村への影響を考慮し、国基準である北海道 β （H3028：0.88977）よりも低い $\beta=0.75$ で設定。
 ○ 上記により、道全体で、応能割：応益割＝43：57 となる。

道 全 体 額	<ul style="list-style-type: none"> ・ 応能割分：約 1,519 億円$\times 0.43$＝約 653 億円（ア） ・ 応益割分：約 1,519 億円$\times 0.57$＝約 866 億円（イ） <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> 加入者割分：約 866 億円$\times 35/50$＝約 606 億円 世帯割分：約 866 億円$\times 15/50$＝約 260 億円 </div>
------------------	---

③ ②の応能割分と応益割分に市町村ごとの各シェアを乗じて算出したものを合算して、各市町村の配分額を算定。

- 当該市町村の応能割分
 = (ア) \times 当該市町村の所得が全道に占める割合（所得シェア）
 ○ 当該市町村の応益割分
 = (イ) \times 当該市町村の加入者数と世帯数が全道に占める割合（加入者・世帯シェア）

④ 医療費水準の反映係数 α を設定し、各市町村の医療費指数と③の各市町村の配分額とに乘じて納付金の額(各市町村ごとの納付金基礎額)を算定。

- 医療費水準の反映係数 α は、0.5で設定。
 ・ 保険財政共同安定化事業の拠出金割合の多くが、被保険者割と医療費割との比率を50対50で設定している。
 ・ 保険料水準の統一への道筋をつける。
 ○ 各市町村の医療費指数は、高額医療費(80万円超)共同負担を反映して算出。
 ○ 各市町村の納付金額 = $\{\alpha \times (\text{市町村ごとの医療費指数} - 1) + 1\} \times \text{③}$
 ※ 納付金の内訳である「医療分」と「後期高齢者支援金分」、「介護納付金分」のうち「医療分」にのみ医療費水準を反映する。

⑤ ④に市町村ごとの健康づくりなどの費用を加えたものから、保険者努力支援制度の交付金等を差し引いて、各市町村の「保険料収納必要額」を算定。

○ 各市町村の保険料収納必要額
 = ④ + 健康づくり等の費用 - 保険者努力支援制度の交付金等

⑥ ⑤を市町村ごとの標準的な収納率で割り戻して、当該市町村の「保険料総額」を算出した上で、それを基に市町村標準保険料率を算定。

- 標準的な収納率は、過去3か年平均を用いる。
 ○ 市町村の保険料総額 = ⑤ \div 標準的な収納率
 ○ 市町村標準保険料率 = 市町村の保険料総額を基に算定

※太字の金額は平成31年2月公表の仮算定時のものであり、今後の算定で変更があり得る。